



Nr...../.....

**CĂTRE,**

**DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ALBA IULIA**

Subsemantul(a) \_\_\_\_\_ C.N.P. \_\_\_\_\_

domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_

prin prezenta solicit încetarea indemnizației pentru doamna/domnul

\_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_ , persoană

cu handicap grav, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_

**motivul** \_\_\_\_\_

Alba Iulia,

Semnătura,

COMPARTIMENT PROTECTIA PERSOANELOR CU HANDICAP

Serviciul Beneficii Sociale și Evaluare Primară

Consiliul Local, Direcția de Asistență Socială, Bld. Republicii, nr.26, Alba Iulia, Județul Alba, 510174

Tel: +40 (0) 258 810 325, E-mail: social@apul.ro,

Internet: www.apulum.ro, www.directiadeasistentasocialaalbaiulia.ro,

Facebook: www.facebook.com/Directia de Asistenta Sociala Alba Iulia

Date cu caracter personal prelucrate cu respectarea principiilor din Regulamentul UE 2016/679